UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1911 N°

THÈSE

présentée pour le Doctorat en Médecine

DE LA RÉSECTION

DE

L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

DANS

l'Ankylose de la Mâchoire

PAR

Fernand D. GUISOULPHE

né le 21 septembre 1883, à Paramaribo (Guyane Hollandaise)

Président : M. RECLUS, *Professeur.*

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delaresectiondel0000fern

A MON PERE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MA MERE

A M. MÉLIN,

Mon correspondant et ami.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

M. le Professeur Segond,

M. le Professeur De Lapersonne,

M. le Professeur agrégé Campenon,

M. le Professeur agrégé Potocki.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DE MEDECINE COLONIALE

M. le Professeur Blanchard,

M. le Professeur Wurtz,

M. le Professeur Roger,

M. le Professeur Chantemesse,

M. le Professeur Gaucher,

M. le Professeur agrégé Jeanselme,

M. le Professeur agrégé Morestin.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer mes études médicales, je tiens à remercier ici les maîtres illustres qui m'ont enseigné l'art de la médecine.

Qu'il me soit permis tout d'abord d'exprimer ma reconnaissance à M. le Professeur Reclus, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur Segond, qui, en nous offrant une gracieuse hospitalité dans son service, nous a fait profiter de son enseignement si clair de la pratique chirurgicale.

A. M. le Professeur De Lapersonne, dans le service duquel nous avons appris les connaissances ophtalmiques, qui sont le complément nécessaire de tout bon examen clinique.

Pendant les six mois que nous avons passés dans le service du Dr Campenon à l'hôpital de la Charité, nous avons appris la manière d'examiner un malade et d'en tirer partie. Mais nous avons surtout appris à aimer un maître qui n'a cessé un seul jour de nous donner des

marques de grande sympathie, et de grande estime. Nous l'assurons ici de nos plus affectueux sentiments.

A M. le Professeur agrégé Potocki, qui nous a enseigné à l'hôpital de la Pitié avec tant de précision la pratique des accouchements.

A M. le Dr Legendre, médecin de l'hôpital Lariboisière, dans le service duquel nous avons appris les premiers éléments de la médecine.

A M. le Dr Barrié, médecin de l'hôpital Laënnec, dont l'enseignement si clair et les leçons si instructives et si pratiques resteront pour nous comme l'image de la vieille et traditionnelle clinique française.

Que ma soutenance de thèse soit une occasion pour affirmer à MM. Saint-Méran et Gerphagnon, l'assurance de mon amitié et de ma profonde reconnaissance.

Enfin, il m'est agréable d'exprimer toute ma reconnaissance à M. le Dr Gernez, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés pour la rédaction de cette thèse et pour la bienveillante sollicitude qu'il m'a toujours témoignée.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention d'exposer en détail l'historique du traitement des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire, on le trouvera dans les articles de Verneuil, dans les thèses de Zipfel, Fondet, Deramé ; cependant, nous désirons montrer comment les chirurgiens, après avoir considéré ces ankyloses comme au-dessus des ressources de l'art, ont pu, par des opérations sur le maxillaire, rétablir la mobilité de la mâchoire.

Jusqu'au commencement du XIX^e^ siècle, le traitement des ankyloses temporo-maxillaires était uniquement palliatif. On se contentait d'arracher une ou plusieurs dents, de façon à obtenir entre les mâchoires, une ouverture permettant l'introduction dans la bouche d'aliments liquides. Tenon fut un des premiers chirurgiens qui employèrent la dilatation progressive de l'orifice buccal ; en introduisant des coins de bois entre les dents. Bérard en 1838 propose l'ostéotomie du col du condyle du maxillaire.

Richet, dans sa thèse de concours d'agrégation, en 1850, ignorant ce qui avait été dit avant lui, donne une technique détaillée de l'ostéotomie du col du condyle par la voie périostée, mais sans l'essayer sur le vivant.

En 1853, 1858, 1860 paraissent les célèbres travaux d'Esmarch en Allemagne, et de Rizzoli en Italie sur le traitement de la constriction des mâchoires d'origine cicatricielle, par la résection et la section du corps du maxillaire en avant des adhérences.

Depuis Bottini, la résection du condyle est pratiquée par de nombreux chirurgiens, et différents procédés opératoires sont publiés. Little 1873, Ranke 1885, Zipfel 1886 (procédé Farabeuf), Capony 1892 (procédé d'Ollier), etc., etc. C'est à la suite des récidives de l'ankylose qu'Helferich, de Greifswald en 1893, eut l'idée de faire l'interposition d'un lambeau de muscle temporal, entre les surfaces réséquées.

Lentz, sans connaître l'opération du chirurgien allemand, et guidé par la même idée, pratique le 18 décembre 1894, une intervention analogue. Rochet trouva que la résection du condyle, expose à la blessure du nerf facial, et de l'artère maxillaire interne, reporte l'incision osseuse plus bas, dans une région moins dangereuse. Il fait une ostéotomie, ou plutôt une résection trapézoïdale de la branche montante du maxillaire, à la hauteur du trou dentaire, qui a l'avantage de conserver l'action des muscles masticateurs, sur le côté opéré. Il interpose dans la brèche osseuse un lambeau de masséter qu'il suture au ptérygoïdien interne.

Mickulicz et Kusnetzow modifient le procédé en employant un lambeau de masséter, et Gluck en interposant un lambeau de peau.

Enfin, Huguier, dans sa thèse, donne la technique d'éviter la blessure des filets du facial ; conseille de tailler un volet cutané, par une incision parallèle au trajet de ces filets, c'est-à-dire oblique en bas et en arrière au niveau des filets orbiculaires, horizontale au niveau de la branche temporo-faciale, et ne pas descendre, à plus d'un travers de doigt de l'arcade.

Les constrictions cicatricielles, qui s'observaient autrefois, à la suite de grandes pertes de substances ainsi que les constrictions purement musculaires sont très rares, ce que nous observons aujourd'hui c'est presque toujours l'ankylose par lésion ostéo-articulaire.

Aussi, dans ce travail nous n'aurons en vue que le traitement de l'ankylose osseuse par arthrite temporo-maxillaire, et nous écarterons la constriction permanente des mâchoires due aux autres lésions.

Dans le premier chapitre, nous ferons l'étude clinique de l'ankylose de la mâchoire, et dans le second chapitre, nous exposerons le procédé opératoire éclectique proposé par MM Gernez et Douay.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie des différentes ankyloses de la mâchoire.

La cause la plus fréquente de l'ankylose de la mâchoire est l'arthrite temporo-maxillaire, mais ce n'est pas la seule.

L'ankylose de la mâchoire n'est pas une maladie déterminée, c'est un symptôme, ou plus exactement le résultat de différentes affections; elle n'a d'unité qu'au point de vue clinique, tandis qu'au point de vue étiologique et thérapeutique elle doit être divisée en trois groupes :.

A. *Les ankyloses d'origine cicatricielle.* — Toutes les cicatrices étendues de la joue entravent l'ouverture de la bouche, la substitution aux tissus normaux d'une bande fibreuse rétractile et dure en est la cause. Les cicatrices muqueuses sont une cause plus fréquente d'ankylose et déterminent des accidents plus graves que les cicatrices cutanées. Ces constrictions cicatricielles qui

s'observaient autrefois à la suite de grandes pertes de substances en cas de noma, stomatite ulcéreuse, ou stomatite mercurielle grave sont plus rares aujourd'hui. Elles sont beaucoup moins importantes que les constrictions articulaires. Les accidents sont, d'une façon générale, proportionnels à l'épaisseur de la cicatrice. Les brides superficielles n'intéressant que la muqueuse se laissent assouplir par dilatation méthodique.

Verneuil distingue : les brides antérieures et postérieures, les dernières qui correspondent à la région des grosses molaires et de l'angle adhérent dans toute leur hauteur à la face interne du maxillaire et constituent un obstacle bien plus grave et plus difficile à vaincre.

B. *Constriction d'origine musculaire.* — Les cicatrices profondes s'accompagnent toujours de rétractions musculaires et ces deux phénomènes participent à la constriction des mâchoires. La constriction purement musculaire est très rare.

C. *L'ankylose par lésion* ostéo-articulaire est celle qui nous intéresse particulièrement, elle atteint les deux sexes dans une proportion à peu près égale.

C'est une maladie fréquente dans l'enfance, 80 % des cas débutent dans les premières années (Orlow), jamais on ne l'a vue apparaître après quarante ans.

Langenbeck, Rose, J. Wolff ont même rapporté des cas d'ankylose temporo-maxillaire d'origine congénitale accompagnée d'arrêt de développement du maxillaire.

L'ankylose acquise succède toujours à une arthrite

temporo-maxillaire simple ou suppurée. L'arthrite traumatique consécutive à une plaie articulaire, une fracture du condyle, une luxation non réduite, une chute sur le menton est celle qui aboutit le plus souvent à l'ankylose surtout chez les jeunes sujets 30 %. Viennent ensuite, avec une fréquence égale, les arthrites secondaires aux maladies infectieuses, fièvres éruptives, coqueluche, diphtérie typhoïde, et les arthrites par propagations consécutives à une otite moyenne, et surtout post-scarlatineuses.

Plus rares sont les ankyloses succédant à la propagation d'une ostéite suppurée du maxillaire.

Trélat en a observé dans la nécrose phosphorée.

L'ankylose fibreuse et l'ankylose par jetées osseuses périphériques, cette dernière spéciale à l'arthrite sèche sont rares : Dans la majorité des cas on a àffaire à une ankylose osseuse par *fusion*.

Les surfaces articulaires soudées peuvent conserver leurs formes et leurs rapports normaux, mais ce n'est pas constant, dans les cas exceptionnels où l'ankylose succède à une luxation non réduite le condyle déplacé en avant se fixe dans sa nouvelle position. Souvent le col et le condyle du maxillaire sont déformés, raccourcis et élargis; à un degré de plus, une ostéogénèse exubérante rend méconnaissable toute l'extrémité supérieure du maxillaire, soude l'aponévrose coronoïde à l'arcade zygomatique, donne naissance à une masse osseuse, qui remplit la fosse temporale et unit largement la branche montante au crâne; de là, la difficulté de

résection dans les cas de ce genre, qui s'observe surtout dans les ankyloses traumatiques et chez les jeunes sujets.

Orlow insiste sur la fréquence de la soudure du coroné à l'arcade zygomatique.

L'ankylose osseuse de a mâchoire relève de deux causes : le traumatisme et l'infection. Le traumatisme paraît être la cause la plus fréquente à signaler, 30 % d'après Orlow. Quelquefois il s'agit d'un traumatisme local, le plus souvent, d'un choc sur le menton ayant laissé après lui une cicatrice apparente. Il se produirait à la suite une arthrite ankylosante à évolution lente et progressive aboutissant à une constriction de plus en plus serrée des mâchoires, dont le dernier terme est l'ankylose osseuse. Comment expliquer la raison de cette arthrite traumatique ankylosante ? Dans quelques cas, des lésions osseuses articulaires et péri-aticulaires sont signalées et Broca (*Bulletin médical*, 1910) insiste sur les lésions du conduit auditif externe, surtout chez les enfants. Cependant, dans la plupart des cas, le traumatisme ne s'est révélé par aucun désordre osseux, et cependant l'arthrite ankylosante a évolué consécutivement. Il existe, en effet, à la suite de chocs violents sur le menton, des fractures du condyle, encore peu connues.

MM. Germez et Douay, dans des expériences cadavériques ont pu reproduire dans 90 % des cas, la lésion suivante du condyle, lésion, le plus souvent bilatérale ; fracture en V renversé à pointe supérieure: une double

fissure osseuse détachant les masses latérales du condyle.

Il semble que ce col s'enfonce, comme une tige rigide, dans le tissu spongieux du condyle et le fasse éclater. Ces lésions peuvent exister seules, sans fracture de l'arc mandibulaire. Elles s'accompagnent, forcément, d'une hémarthrose et de lésions périostiques, qui expliquent l'ankylose progressive, observée à la suite de chocs mentonniers.

La seconde cause est l'arthrite infectieuse, quelquefois par propagation (ankyloses consécutives aux otites moyennes suppurées), ordinairement, par infection sanguine, dans la blennorragie par exemple, et, en général, dans toute la classe des pseudo-rhumatismes infectieux: dans le cas de MM. Gernez et Donay, il s'agissait d'arthrite bilatérale consécutive à une fièvre typhoïde.

Symptomes.

Le seul symptôme commun aux diverses variétés de constriction des mâchoires est la diminution progressive du mouvement d'ouverture de la bouche. La gêne mécanique s'établit graduellement et lentement, ce n'est qu'après plusieurs années que les malades s'adressent au chirurgien.

Il est rare qu'il y ait une immobilité absolue de la mâchoire, et même avec une ankylose osseuse et bilaté-

rale comme dans le cas de MM. Gernez et Donay, le maxillaire inférieur n'était pas absolument immobile.

Voici ce que nous avons observé : dans les mouvements forcés, on pouvait manifestement produire un mouvement léger de la mâchoire inférieure, qui ne dépasse pas, d'ailleurs, 1 millimètre.

Cette mobilité n'est qu'apparente, et serait due, d'après Kœnig, à l'élasticité du maxillaire inférieur. En tout cas, il ne faut pas conclure de cette constatation, que l'ankylose n'est que fibreuse et espérer par la suite un résultat du traitement non sanglant.

En général, le malade conserve quelques mouvements de propulsion et de rétropulsion, et on peut obtenir au moyen de l'ouvre-bouche, un écartement de quelques millimètres, au niveau des incisives; cet écartement existe même dans le cas d'ankylose osseuse unilatérale grâce à l'élasticité du maxillaire. Il est facile de concevoir quelle gêne fonctionnelle résulte de cette limitation des mouvements.

L'introduction d'aliments est difficile, elle n'est parfois possible qu'à la faveur de la brèche créée par la perte d'une dent; dans tous les cas, le malade ne peut absorber que des liquides ou des bouillons.

La mastication et la phonation sont troublées ; les sujets atteints de constriction des mâchoires sont exposés à des accidents très graves, si pour une cause quelconque, ils vomissent, les matières provenant de l'estomac trouvent difficilement une issue et ont tendance à péné-

trer dans les voies aériennes, où elles peuvent provoquer une asphyxie mortelle.

A l'immobilisation de la mâchoire s'ajoute, lorsque la constriction est survenue dans l'enfance et surtout lorsqu'elle est de cause articulaire, une atrophie du maxillaire inférieur, toujours plus accentuée du côté immobilisé. Il en résulte un retrait du menton qui donne au visage un aspect très spécial de profil d'oiseau, c'est le vogelgesicht des Allemands, dont on peut déterminer le degré par mensuration de l'angle obtus ouvert en arrière, dit fronto-naso-mentonnier, qui, dans certains cas, diminue jusqu'à devenir un angle droit (observation de Kirstein). Le malade de MM. Gernez et Douay avait le menton fuyant avec le profil d'oiseau, quoique l'ankylose ne datait que d'un an, mais il était jeune (15 ans). Après l'opération, cette déformation persistait. On a attribué cette déformation du maxillaire à l'inactivité fonctionnelle et à des troubles trophiques.

Nous avons interviewé M. Mulon, professeur agrégé d'histologie à la Faculté de Médecine de Paris, pour savoir, si actuellement, on connaissait d'une façon parfaite la manière dont s'accroissait le maxillaire inférieur; il nous a dit que les opinions les plus diverses ont été émises sans qu'une seule soit reconnue absolument exacte.

Diagnostic.

Le diagnostic d'une constriction permanente des mâchoires est facile à constater.

L'ancienneté des troubles, l'indolence complète et l'absence de toute affection aiguë capable d'amener la contracture des mâchoires empêcheront de confondre avec une constriction temporaire.

Le diagnostic de la variété étiologique de constriction se basera sur les antécédents du malade et sur l'examen local. Il est toujours facile de reconnaître les brides cicatricielles, cutanées ou muqueuses, qui immobilisent la mâchoire, dans le cas d'une ankylose. La palpation de la région temporo-maxillaire relèvera souvent des modifications des surfaces articulaires, parfois l'existence de masses osseuses exubérantes soudant la partie supérieure de la branche montante à l'arcade zygomatique et remplissant la fosse temporale, dans la constriction d'origine musculaire, les masséters rétractés forment des cordes dures et tendues le long des branches montantes.

Mais le diagnostic doit encore résoudre deux questions :

1° Quelle est la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'ouverture de la bouche ?

2° En présence d'un sujet atteint d'ankylose des mâchoires, la question qui se pose est de savoir si la lésion est bilatérale ou unilatérale et, dans ce cas, quel est le côté atteint ?

Le problème n'est pas toujours facile à résoudre.

Les antécédents sont quelquefois utiles. Dans l'arthrite traumatique, on peut, par l'interrogatoire, avoir quelques renseignements sur le côté primitivement lésé ; de

même. la notion d'une otorragie contemporaine de l'accident permettra de soupçonner le côté atteint, signe, d'ailleurs, assez trompeur, puisque dans l'observation de M. Broca, l'otorragie avait lieu du côté qui paraissait sain, lors de l'opération.

Plus importantes à rechercher sont évidemment les traces laissées par le traumatisme, les cicatrices, les lésions apparentes du squelette, enfin et surtout, l'exostose du conduit auditif externe, signalé dans plusieurs observations.

Il ne faudrait donc pas négliger d'examiner ce conduit.

Dans l'arthrite infectieuse, la notion d'une otite suppurée, d'une parotidite ou d'un abcès de la région pourra, quelquefois, indiquer le côté primitivement lésé.

Mais il ne faut pas en conclure que la lésion est forcément unilatérale et l'autre articulation saine.

Les signes physiques et l'examen de la région temporo-maxillaire donnent, en général, peu d'indications. Ordinairement la palpation ne révèle rien de précis, et il faut rechercher d'autres signes, qui, au dire des Allemands, donneraient de bons résultats. Nous voulons parler de l'atrophie du maxillaire inférieur, qui, dans la lésion unilatérale, n'existe que du côté malade, et, dans l'ankylose bilatérale, existe des deux côtés avec prédominance du côté le plus atteint. On tiendra compte d'après Kirstein, de la diminution de longueur de la branche montante correspondant au côté lésé ; cette branche atrophiée doit être mesurée du bord inférieur

de l'angle de la mâchoire au bord supérieur de l'arcade zygomatique.

Enfin, la mobilité du maxillaire inférieur, dans l'ankylose unilatérale, est un peu plus marquée du côté sain, surtout si la recherche est faite sous chloroforme. Il ne faudra donc pas négliger cette recherche, immédiatement avant l'intervention.

Quant à la radiographie, tous les auteurs s'accordent à déclarer qu'elle ne donne, jusqu'à présent, aucun renseignement vraiment utile.

Dans les cas s'accompagnant de volumineuses hyperostoses, on peut apercevoir une ombre à contours peu précis, siégeant dans la région du condyle maxillaire. Ainsi, dans l'observation de Yahoub, la radiographie faite de face montre-t-elle les lésions osseuses sans cependant donner des renseignements bien précis.

Comme conclusion, nous pouvons dire qu'il est souvent impossible de savoir quel est le côté atteint. La meilleure preuve que nous puissions donner de cette assertion est que certains chirurgiens, Henle, Broca, croyant commencer par le côté malade, sont tombés sur une articulation saine. D'ailleurs, ce diagnostic n'est pas d'un intérêt aussi grand qu'il apparaît au premier abord. C'est au cours de l'opération qu'on se rend compte de l'uni ou de la bilatéralité des lésions.

Lorsqu'on a réséqué d'un côté et que la mâchoire s'abaisse ou qu'on a réséqué l'articulation d'un côté, et que la mâchoire ne s'abaisse pas ; dans le premier cas l'ankylose est unilatérale et dans l'autre, bilatérale.

Les cas difficiles.

La résection est faite d'un côté, on explore les mouvements de la mâchoire, ou bien celle-ci ne s'abaisse pas, alors la résection bilatérale s'impose, ou bien elle s'abaisse insuffisamment; il existe donc du côté opposé une cause de fixité siégeant soit dans l'article, soit dans les parties molles voisines.

Dans ce cas, la résection bilatérale nous paraît indiquée. En effet, non seulement la suppression du condyle du côté opposé pare à l'ankylose présumée de cette articulation, mais encore le raccourcissement de la branche montante, en diminuant d'autant la rétraction fibro-musculaire, facilite les mouvements de la mâchoire inférieure.

Enfin, la dernière hypothèse, est qu'après une première résection la mâchoire s'abaisse librement. Que faut-il faire ? Ou bien respecter l'articulation qui paraît saine, ou, au contraire, la sacrifier, craignant pour la fonction de ce maxillaire boiteux et sur lequel la traction musculaire est déséquilibrée, étant donnés, enfin, certains cas de récidive, par ankylose secondaire, du côté opposé de la résection.

CHAPITRE II

Traitement

Au point de vue opératoire, nous insisterons sur quelques détails de technique qui nous paraissent très importants ; l'anesthésie générale dans les cas de constriction absolue des mâchoires, a toujours, à juste titre, inquiété le chirurgien, à ce point qu'on a conseillé l'anesthésie locale: cette méthode est évidemment impraticable. Nous conseillons le chloroforme, car il faut éviter les sécrétions bucco-pharyngées habituelles avec l'éther.

Pour tâcher d'éviter les vomissements, la diète absolue, la veille de l'opération est, ici de rigueur, et le chloroforme sera donné par un aide expérimenté.

Jusqu'à présent aucun accident mortel, à notre connaissance, n'a été signalé, nous ne pensons pas qu'il faille s'inquiéter particulièrement de la gravité de l'anesthésie générale, en tout cas, la canule à trachéotomie

sera toujours préparée pour parer immédiatement aux accidents possibles d'asphyxie.

Les vomissements survenant souvent au cours de la trachéotomie faite avant l'opération principale aura le grand avantage d'empêcher l'inondation des voies aériennes par les matières vomies.

Mais ce qu'il est bien difficile de préciser, ce sont les cas dans lesquels on devra faire la trachéotomie primitive, s'il y a des raisons particulières pour craindre une opération de longue durée, la trachéotomie peut éviter de gros ennuis au chirurgien et au malade. Chavasse, chez son opéré, plaça dans la trachée une grosse canule à l'extrémité de laquelle il adapta un tube de caoutchouc terminé par un entonnoir au moyen duquel s'opéra l'anesthésie chloroformique. Aussitôt après l'opération la canule fut relevée et l'incision fermée par une suture au crin de Florence.

Chavasse n'eut qu'à se louer d'avoir agi ainsi, car son malade eut deux vomissements au cours de l'opération, avant que la mobilisation de la mâchoire ait été obtenue.

On pourrait se servir également de la canule Butlin, qui a été employée par M. Poirier dans le cancer de la langue.

Le procédé opératoire que proposent MM. Gernez et Douay, pour la résection de l'articulation temporo-maxillaire comprend quatre temps :

1° Incision ;

2° Résection de la partie postérieure de l'arcade zygomatique ;

3° Ablation du condyle maxillaire ;

4° Interposition musculaire.

A. *L'incision.* — Celle-ci doit remplir trois conditions, voir fig. I :

a) Donner un large accès sur la région, et permettre ultérieurement l'interposition musculaire ;

b) Eviter le facial (branche temporo-faciale et filets orbiculaires) ;

c) Laisser autant que possible, une cicatrice peu apparente.

De nombreuses incisions ont été préconisées pour aborder l'articulation temporo-maxillaire sans blesser le nerf facial. On peut les diviser en incisions uniques et combinées.

Incisions uniques. Linéaire et perpendiculaire à l'interligne (Bottini, Mazzoni).

Linéaire et parallèle à l'interligne au niveau même de l'interligne Ranke à un centimètre au-dessus de lui (Richet).

Linéaire et légèrement oblique en bas et en avant (Delbet, Curviligne, Humphy, Bassini).

Angulaire (Zipfel, Farabœuf).

En U à branche antérieure plus courte (Mikulicz).

Dans les incisions combinées la branche verticale, dit M. Delbet, est dangereuse, si on la fait profonde, elle ne sert à rien si on la fait superficielle, limitée seulement à la peau.

Huguier, dans sa thèse, conseille de tailler un volet

cutané par une incision parallèle au trajet des filets du facial oblique en bas et en arrière au niveau des filets orbiculaires, horizontal au niveau de la branche temporo-faciale.

L'incision que nous proposons est l'incision courbe de Huguier, légèrement modifiée.

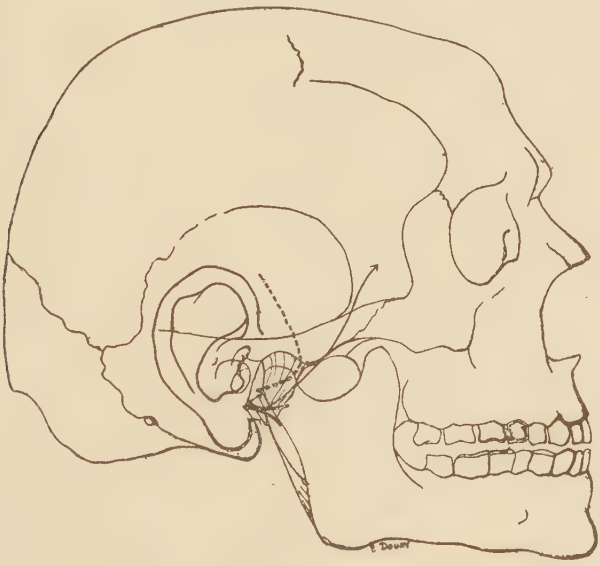

Fig. 1.

Nous conseillons de commencer l'incision par le bas ; on part du bord inférieur du tragus, au niveau de sa base, on se dirige en avant, en arrondissant l'incision, pour passer sur l'arcade zygomatique, à deux centimètres au maximum en avant du sillon préauriculaire. On continue l'incision, en haut et en arrière, sur une longueur de 5 à 6 centièmes (fig. I). Dans son ensemble, l'incision

de Huguier ainsi modifiée forme une courbe régulière placée exactement dans le prolongement de celle formée par l'anthélix et l'antitragus. Cette incision, dans sa partie inférieure, reste parallèle et sus-jacente à la branche temporo-faciale et aux filets orbiculaires. Elle sectionne en deux endroits le pédicule vasculaire temporal superficiel. Aussi, est-il préférable de la commencer par le bas, pour pincer une bonne fois les vaisseaux temporaux. Le bistouri pénètre en haut jusqu'à l'aponévrose temporale, en bas jusqu'au périoste. Le lambeau est rapidement disséqué et récliné en arrière; un écarteur attire fortement, en bas et en avant, le bord antérieur de l'incision contenant, avec le tissu parotidien, le facial qui y est renfermé. Grâce à cette dernière manœuvre la région temporo-maxillaire est largement exposée.

Enfin, ajoutons que la presque totalité de la cicatrice, grâce à la situation haute de l'incision, sera masquée par les cheveux. Notre malade nous déclare qu'actuellement, « ses cicatrices ne se voient presque plus. »

2° Résection de la partie postérieure de l'arcade zygomatique (voir fig. 2 et 3).

Ce deuxième temps constitue la partie essentielle du procédé opératoire. La résection de l'arcade n'est cependant pas une méthode nouvelle: en 1893, Helferich la pratique une première fois, et, souvent dans la suite, elle est faite par d'autres chirurgiens. Mais, toujours, comme dernier temps opératoire, à seule fin d'abaisser le temporal pour l'interposition musculaire.

Kummer, de Genève (*Bull. Soc. Chir.*, 1892) seul, à notre connaissance, l'a pratiquée de propos délibéré, au commencement de l'intervention, pour se donner du jour, pour exposer facilement l'articulation temporo-maxillaire. Fait à signaler : la résection fut temporaire, l'arcade laissée adhérente au lambeau cutané, et repla-

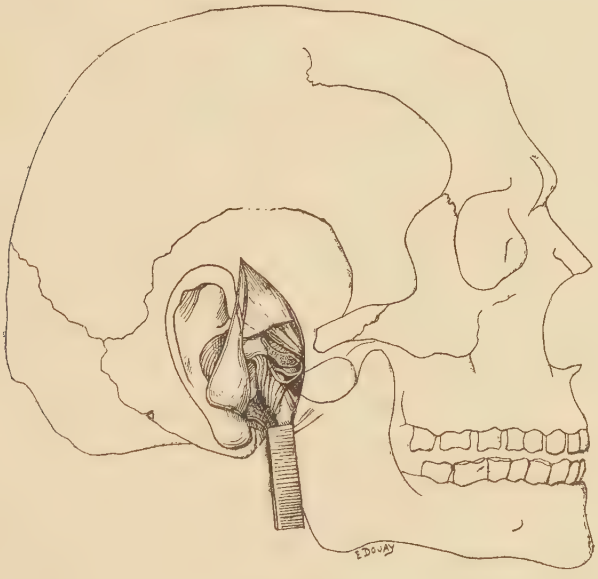

Fig. 2.

cée, ensuite ; dans sa position normale, ce qui permit de penser que la base de l'apophyse zygomatique ne fut pas comprise dans la résection.

Il nous paraît indispensable de préciser, à ce sujet, quelques points d'anatomie, dont il est facile de se rendre compte, en examinant une coupe frontale de l'articulation temporo-maxillaire.

Le condyle temporal présente deux segments bien distincts : l'un, externe, uniquement formé par la racine transverse de l'apophyse zygomatique : l'autre, interne, constitué par un épaississement du temporal. Le segment externe ou zygomatique (fig. 2), ne présente aucune connexion directe avec le crâne. C'est une simple colonne osseuse horizontale, aplatie de haut en bas, longue de 15 millimètres en moyenne, dont la face supérieure forme en bas la fosse temporale externe, et sert de poulie de réflexion aux fibres postérieures du muscle temporal; la face inférieure est articulaire et constitue les deux cinquièmes du condyle temporal, l'extrémité externe présente le tubercule zygomatique antérieur, sa base d'implantation se fixe au temporal, suivant une ligne oblique en bas et en avant, prolongeant la crête sus-mastoïdienne.

Son ablation, sans danger pour la cavité crânienne aura pour effet d'enlever une partie du condyle temporal et de permettre d'aborder, facilement, le muscle temporal.

Quant au segment interne du temporal, épais de 8 millimètres en moyenne, il forme le plancher de l'étage moyen de la base du crâne, entre deux zones de moindre résistance, la cavité glénoïde en arrière, dont le fond est formé d'une lamelle osseuse transparente, et le sillon de l'artère méningée moyenne en avant. L'ablation de ce segment nous paraît donc dangereuse pour la cavité crânienne.

Pour pratiquer la résection de la partie postérieure

de l'apophyse zygomatique, il faut : *a*) sectionner l'arcade en avant du tubercule zygomatique antérieur ; *b*) détacher la base d'implantation du segment externe du condyle temporal.

a) La section de l'arcade est ordinairement facile. On libère son bord supérieur en coupant l'aponévrose temporale : on la rugine, et on passe en de-dans d'elle la scie de Gigli. Nous déconseillons l'emploi de la gouge ou de la pince coupante, qui produisent une section esquilleuse et souvent même une fracture éloignée de l'arcade zygomatique.

b) Pour détacher la base d'implantation de l'apophyse zygomatique (fig. 3), on place le ciseau sur la racine longitudinale dont on sent facilement la saillie, immédiatement en avant du tubercule zygomatique postérieur. On le dirige obliquement en bas, en avant et en-dedans en visant le menton. Le ciseau détache ainsi la ligne d'implantation au crâne de la base de l'apophyse zygomatique, et du même coup, le segment externe du condyle temporal.

Sur le cadavre, cette section ouvre largement l'articulation dont le ménisque apparaît (fig. 4).

Sur le vivant et dans le cas d'ankylose osseuse, le ciseau détache, en même temps, la partie externe du condyle maxillaire.

Il est encore à remarquer que la section première de la base de l'apophyse zygomatique donne un point de repère important. En effet, la ligne d'implantation de l'apophyse correspond comme la crête sus-mastoïdienne,

à laquelle elle fait suite, au point où la paroi interne de la cavité crânienne s'incline en dedans pour devenir horizontale. Ce point le plus déclive de la paroi interne du crâne, en regard du condyle temporal, est en moyenne, à 2 millimètres et demi au-dessus du bord supérieur

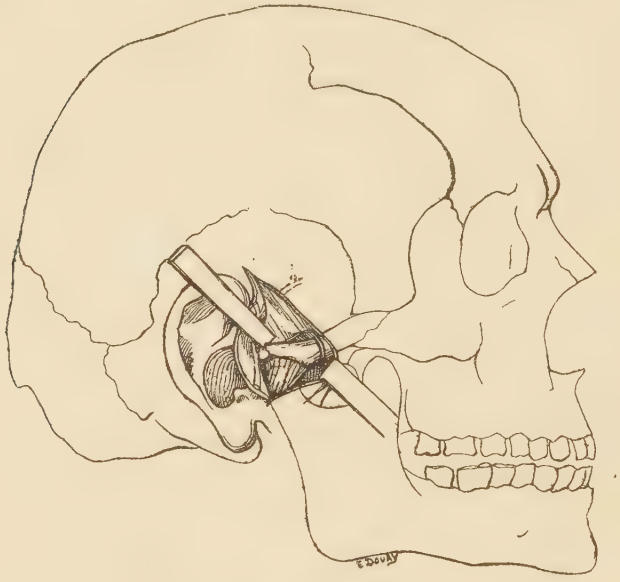

Fig. 3.

de la base d'implantation de l'apophyse zygomatique, avec une épaisseur de paroi de 4 millimètres.

En réalité, cette ligne constitue la limite supérieure, au-dessous de laquelle il faudra toujours se tenir, dans le morcellement du bloc osseux sous peine de pénétrer dans l'étage moyen du crâne.

c) Ablation du condyle maxillaire. On dégage à la ru-

gine courbe, tant en avant qu'en arrière, le bloc osseux, en essayant d'en faire le tour.

Un protecteur est placé au besoin en arrière et en-dedans, pour éviter toute échappée qui pourrait léser les vaisseaux.

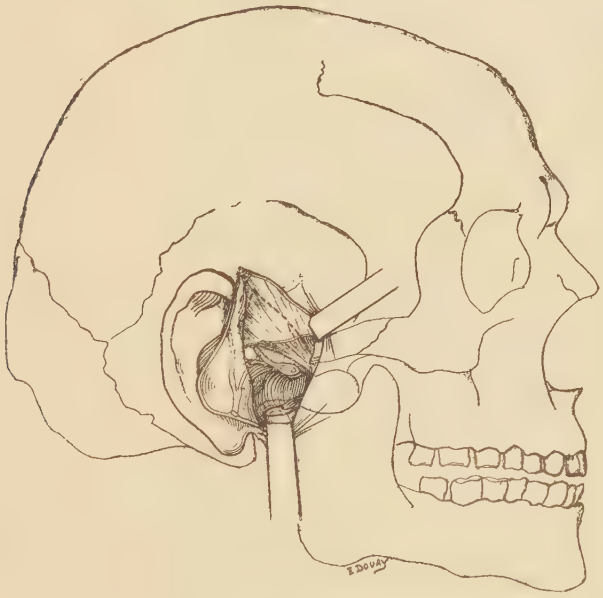

Fig. 4.

Remarquons à ce sujet que l'artère maxillaire interne passe en-dedans du col, au même niveau que le facial. Très exposé dans l'ostéotomie du col, elle est, au contraire, dans le morcellement du condyle, protégée par le ptérygoïdien externe. La bifurcation de la carotide externe et l'origine de la temporale sont souvent à un niveau plus élevé derrière le col, et ne sont séparées du

condyle que par du tissu glandulaire. C'est donc en arrière et en bas qu'il faut craindre les échappées.

On morcelle au ciseau ou à la pince-gouge le bloc osseux, et on creuse peu à peu un puits qui paraîtrait profond, si on ne savait que l'épaisseur transversale d'un condyle normal est, en moyenne, de 2 centimètres et demi.

De temps en temps, un aide fait des tentatives de mobilisation qui, à un moment donné, aboutissent à mouvoir, légèrement le côté correspondant du maxillaire si l'ankylose est double, à abaisser le maxillaire si l'ankylose est unilatérale. Cependant, le travail de morcellement n'est pas fini; il ne prend fin que lorsque le doigt ne sent plus, atténant à la base du crâne, aucune saillie osseuse; la curette sera également utilisée. Il faut savoir qu'au fond du puits, à quelques millimètres en-dedans, et heureusement séparée par du tissu fibreux, se trouve l'artère méningée moyenne. Quant à la jugulaire interne, elle est bien protégée par l'apophyse styloïde et l'apophyse vaginale. Il faut enfin noter que, dans certaines observations (Kirstein), le boc osseux était adhérent en arrière à l'os tympanal, que le conduit auditif a été ouvert et le tympan déchiré.

Notons encore que, dans plusieurs faits, l'apophyse coronoïde épaissie était soudée à la base du crâne. Il va de soi qu'il faut la réséquer.

4° *Interposition musculaire.* — Cette interposition se fait au moyen du temporal (elle peut se faire avec le mas-

séter (Mikulicz) suivant le procédé indiqué par Helferich et par Huguier dans sa thèse.

On taille dans sa partie postérieure et horizontale (fig. 5), un lambeau triangulaire à base postérieure, à sommet antérieur et inférieur, qui correspond à l'origine du tendon, lequel sert de charnière. Ce lambeau, qu'on peut prolonger en arrière aussi bien qu'on le

Fig. 5.

veut, s'abaisse sans difficulté ; il vient de lui-même dans la cavité creusée entre le crâne et la branche montante, il peut être fixé, par prudence, aux tissus voisins

Pour éviter l'hématome possible, étant donnée la multiplicité des plexus veineux péri-articulaires, on pourra drainer temporairement, avec un faisceau de crins de Florence, en finissant la suture de l'incision.

Faut-il, dans la même séance, opérer des deux côtés ? Nous considérons cette double opération comme facilement exécutable en une séance. M. Broca l'a effectuée en un temps, et chez notre malade, l'intervention pour les deux côtés a duré 45 minutes.

Soins consécutifs.

Les premiers jours, mobiliser légèrement le maxillaire, et lorsque la cicatrisation est complète, sans phénomènes inflammatoires, permettre l'alimentation solide, ce qui est, en réalité, le meilleur exercice de mobilisation.

On a parfois noté, des paralysies transitoires du nerf facial, dues probablement à son tiraillement par l'écarteur ; nous n'avons rien observé de semblable chez notre malade.

Dans l'observation de M. Yahoub, il est noté que la malade constate, parfois, à la suite de mouvements forcés d'abaissement de la mâchoire, une sorte de luxation, qu'elle réduit facilement elle-même. Comment expliquer cette luxation ? Il est probable qu'une masse osseuse est restée adhérente à la base du crâne, que derrière cette masse osseuse glisse l'extrémité supérieure de la branche montante, et il est probable que ce phénomène ne se produirait pas, si toute la masse avait été abrasée.

Dans notre observation, nous avons constaté un défaut de parallélisme des arcades dentaires ayant pour

effet d'empêcher le rapprochement complet des incisives, et l'abaissement étendu des dernières molaires. Il faut en voir la raison dans l'atrophie du maxillaire, et surtout dans la remontée de l'angle de la mâchoire, due à la diminution de hauteur de la branche montante. Cette déformation diminue l'angle fronto-naso-mentonnier et exagère le profil en tête d'oiseau.

Notre malade se déclare très satisfait de son opération et nous écrit qu'il mastique sans difficulté.

Conclusions

I. — La résection de l'articulation temporo-maxillaire a été, jusqu'à présent, considérée par beaucoup de chirurgiens (Ombrédanne, Le Dentu et Delbet, Marion, *Technique chirurgicale*), comme une opération peu recommandable, à cause de son exécution laborieuse et délicate et devant céder le pas aux opérations portant sur la branche montante (opération de Rochet).

Beaucoup d'ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire sont dues à des fractures méconnues du condyle du maxillaire inférieur ou à un enfoncement du conduit auditif externe, suites de chute sur le menton dans l'enfance.

L'atrophie du maxillaire inférieur à la suite de l'ankylose infantile donne à la face un aspect particulier en bec d'oiseau.

La résection de l'articulation temporo-maxillaire, avec interposition musculaire, exécutée comme nous venons de l'exposer, ne mérite pas à notre avis, ce jugement sévère et constitue l'*opération de choix dans le traitement de l'ankylose osseuse des mâchoires*.

II. — Nous insistons tout particulièrement sur *la section primitive de la base d'implantation de l'apophyse zygomatique* qui enlève sans danger pour la cavité crânienne, les deux cinquièmes externes du condyle temporal, élargit le champ opératoire, diminue considérablement (un centimètre et demi), la profondeur du puits à creuser sous la base du crâne, pour enlever, totalement le condyle maxillaire; enfin, facilite l'interposition musculaire.

III. — Etant données les difficultés de diagnostic, le côté et le degré de la lésion, nous proposons, en principe, l'opération bilatérale. Cependant, il sera utile de rechercher avec soin et par les moyens que nous avons indiqués, le côté malade ou le plus malade. Dans le cas où le diagnostic sera possible, on commencera par ce côté.

Après cette première intervention, il faut examiner les mouvements du maxillaire :

a) Si les mouvements sont nuls ou de quelques millimètres, l'ankylose osseuse est double, et la résection bilatérale s'impose.

b) Si les mouvements sont limités (moins de 2 centimètres), qu'on suppose une ankylose fibreuse du côté opposé, ou une constriction par rétraction fibro-musculaire, la résection du côté opposé est peut-être à conseiller. Elle fera disparaître la première cause d'immobilisation et diminuera considérablement la seconde ; elle donnera un résultat fonctionnel immédiat et préviendra les récidives.

OBSERVATION DE MM. GERNEZ ET DOUAY

X..., garçon de quinze ans, d'aspect robuste, jardinier, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Trélat, lit n° 17, à la fin du mois de décembre 1909, pour une constriction permanente des mâchoires qui s'est montrée, il y a un an, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde contractée en octobre 1908. Le jeune X... et les personnes qui l'ont accompagné à l'hôpital, ne nous donnent que des renseignements très imprécis sur le début de la constriction ; ils savent que la fièvre typhoïde a été grave, que bien que, pendant son cours, le médecin traitant n'ait rien remarqué d'anormal du côté de la face, et a constaté au moment où s'établissait franchement la convalescence, et où il devenait nécessaire de recourir à une alimentation abondante, une gêne très grande de l'abaissement de la mâchoire inférieure, gêne qui, en l'espace d'un mois, devint telle qu'il dut, pour permettre l'introduction d'aliments dans la bouche, faire enlever les quatre incisives inférieures (le malade avait toutes ses dents).

Lors de l'entrée du malade à la Charité, on constate que le visage est légèrement déformé, que le menton est en retrait, et lorsqu'on écarte les lèvres, on voit que l'arc maxillaire inférieur ne correspond pas exactement à l'arc massif maxillaire supérieur, que le premier est plus petit que le second, que les quatre incisives inférieures sont absentes, que les petites molaires inférieures sont séparées des supérieures

par un espace d'un millimètre environ, tandis que les grosses molaires inférieures sont en contact avec les grosses molaires supérieures, tout en ne leur correspondant pas exactement. X.... ne peut imprimer de lui-même le moindre mouvement à la mâchoire inférieure, si on introduit un coin de bois entre les deux maxillaires dans l'espace laissé libre par l'ablation des incisives inférieures et le léger écartement des petites molaires, il semble que la mâchoire inférieure s'abaisse un peu d'un millimètre à peine, les mouvements provoqués de propulsion, de déduction sont nuls.

La palpation des régions temporo-maxillaires est indolore, il n'existe à leur niveau aucun gonflement osseux, les parties molles sont saines, non épaissies. Le toucher intra-buccal est négatif. L'examen des conduits auditifs externes n'y révèle aucune lésion.

Les masséters et le ptérygoïdien interne ne sont pas indurés à la palpation, et quand on dit au malade d'essayer de rapprocher les mâchoires, on constate que les masséters se contractent bien.

La radiographie des régions maxillaires ne donne aucun renseignement.

L'alimentation ne peut se faire qu'avec des bouillies épaisses.

L'émission de certains sons est gênée.

Nous portons le diagnostic d'ankylose osseuse, ou fibreuse très serrée, portant probablement, sur les deux articulations temporo-maxillaires, et cela, en raison de la diminution de courbure, du retrait du maxillaire inférieur, qui, en somme, est atrophié. Nous décidons d'intervenir chirurgicalement et de pratiquer la résection de l'une ou des deux articulations temporo-maxillaires, après avoir fait, pendant quelque temps, masser les masséters et les temporaux.

Le 18 janvier 1910, chloroformisation avec l'appareil de Roth-Dræger ; par la brèche dentaire, on introduit une pince

avec laquelle on exerce une légère traction sur la langue, aucun incident pendant toute la durée d'intervention.

C'est le côté droit qui est opéré le premier.

L'incision commence dans la région temporale à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la partie postérieure de l'arcade zygomatique, descend un peu obliquement en avant, croise perpendiculairement l'arcade, à 2 centimètres en avant du tragus s'arrondit en se dirigeant en arrière, et se termine horizontalement sur le sillon pré-auriculaire, en regard du bord inférieur du tragus.

Dans son ensemble, l'incision est curviligne, à concavité postérieure. Les plans superficiels sont sectionnés jusqu'à l'aponévrose temporale, et plus bas, jusqu'au périoste. Les vaisseaux temporaux sont coupés en deux endroits et pincés. L'arcade zygomatique est libérée à sa partie postérieure et sectionnée à la gouge, en avant du tubercule zygomatique antérieur, la section est esquilleuse. Le ciseau est maintenant placé sur la racine longitudinale du zygoma, immédiatement en avant du tubercule zygomatique postérieur ; il est incliné en bas, en avant et légèrement en dedans, il enlève ainsi, avec la base d'implantation de l'apophyse zygomatique, une partie du condyle temporal.

On ne voit ni ménisque, ni même de ligne de soudure, c'est un bloc osseux que le ciseau, maintenant, attaque et morcelle, pendant qu'un écarteur abaisse fortement, en bas et en avant la parotide avec le facial, et qu'un protecteur est glissé derrière le bloc, pour éviter les échappées vers les vaisseaux: peu à peu se creuse un puits profond. A un moment donné, des mouvements communiqués à la mâchoire montrent qu'il y a solution de continuité, mais la mâchoire ne s'abaisse pas encore.

On continue le morcellement à la pince gouge jusqu'à l'ablation complète de tout le tissu osseux. On peut alors introduire dans la brèche creusée entre la base du crâne et la branche montante, la dernière phalange de l'index.

L'hémorragie veineuse est peu abondante.

On procède enfin à l'interposition musculaire : une large languette est taillée dans les faisceaux postérieurs du temporal ; l'extrémité antérieure de la languette sert de charnière, elle s'abaisse sans difficulté dans la brèche osseuse ; elle est fixée par un catgut à l'aponévrose voisine.

Un faisceau de crins de Florence assure le drainage, et la peau est suturée avec des fils de même nature.

La mâchoire, à ce moment, ne s'abaisse que de quelques millimètres du côté droit, ce qui vient confirmer notre diagnostic d'ankylose osseuse bilatérale. Immédiatement,on procède à l'opération du côté gauche.

De ce côté, l'incision est commencée par le bas, ce qui permet de pincer, une bonne fois, l'artère temporale. L'opération est conduite comme du côté droit ; résection de la base d'implantation de l'apophyse zygomatique, morcellement du condyle, interposition musculaire. L'hémorragie veineuse est, cette fois, plus abondante, elle s'arrête par compression. Le lambeau temporal n'est pas fixé, il tient de lui-même dans la cavité creusée.

La mâchoire s'abaisse librement, d'environ trois centimètres. Suites opératoires. A peine éveillé, le malade pousse, à pleine voix, quelques mots retentissants, évidemment peu choisis, mais qui prouvent le bon fonctionnement de la mâchoire. Le lendemain, la mobilisation spontanée est possible, relativement peu douloureuse, le malade parle sans difficulté.

Ablation du drainage le 2e jour, des fils le 8e jour. Le malade, à partir de ce moment, commence à pouvoir mâcher de la mie de pain, de la viande bien cuite.

L'écartement spontané entre les deux premières molaires, est de 2 centimètres, il est beaucoup moins marqué en arrière. Il existe, en effet, un défaut de parallélisme, entre les aracades dentaires dû, en plus de l'atrophie du maxillaire,au

raccourcissement de ses branches montantes. La déformation de la face est également un peu plus marquée, par retrait plus accusé du menton. Il n'existe aucune déformation apparente au niveau des arcades zygomatiques, ni au niveau des nouvelles articulations, dont la palpation est indolore. Les cicatrices opératoires sont très peu apparentes.

OBSERVATION DE M. OMBREDANNE

Constriction permanente des mâchoires par fracture d'un côté luxation ancienne de l'autre. Résection, interposition musculaire.

Eugène B..., âgé de douze ans, entre à l'hôpital Saint-Louis (enfants), le 14 février 1909, pour une constriction permanente des mâchoires.

La cause initiale de son infirmité est un traumatisme violent, subi trois ans auparavant : l'enfant a passé sous la roue d'une voiture. On reconnut à cette époque, paraît-il, l'existence d'une fracture de la mâchoire, il existait une place infectée fort étendue dans la région temporale droite. La guérison de cette plaie ne fut complète qu'au bout de plusieurs mois.

Lorsque nous examinons l'enfant, nous constatons d'abord l'impossibilité absolue où il se trouve d'ouvrir la bouche. La mâchoire inférieure ne présente pas la moindre mobilité.

Le bord tranchant des incisives inférieures est sur le même plan antéro-postérieur que le bord tranchant des incisives supérieures. Pourtant, il persiste entre les incisives supérieu-

res et inférieures, une fente d'environ 2 millimètres due à ce que les incisives inférieures sont en retrait sur les supérieures, c'est par cette fente que l'enfant s'alimente.

Cette fente est asymétrique, plus large à droite qu'à gauche. En effet, la ligne de séparation des incisives médianes supérieures, au lieu de tomber entre les deux incisives inférieures, tombe entre l'incisive médiane inférieure, et l'incisive latérale inférieure gauche. La lèvre inférieure est déviée à droite.

L'angle de la mâchoire semble aussi avoir reculé du côté droit. Tandis qu'à gauche, il est situé à 49 millimètres en avant du bord inférieur du tragus, il n'en est distant à droite que de 25 millimètres.

Il y a donc déplacement en masse du maxillaire inférieur, tourné à droite.

Le toucher par la cavité buccale est impossible à pratiquer, bien entendu.

Nous faisons exécuter plusieurs radiographies de profil, nous ne voyons rien dans la région temporo-maxillaire, qu'un bloc opaque.

Nous concluons à une fracture ancienne du col du condyle droit, avec recul de la branche montante de ce côté, et cal volumineux occupant toute la région, soudant les os, et ayant entraîné l'ankylose complète de ce côté.

Le palper ne nous révèle rien d'anormal à gauche. L'enfant s'alimente très imparfaitement, sa bouche est en mauvais état.

Nous nous proposons d'exécuter à droite une résection de la branche montante dans la région du col, et suivie d'interposition musculaire.

Nous intervenons le 23 février 1910. Anesthésie à l'éther. Incision verticale descendant de la région temporale, passant à un petit travers de doigt au devant du tragus, puis croi-

sant l'apophyse zygomatique, et se recourbant en arrière pour aboutir au bas du tragus.

Dénudation de l'arcade zygomatique que nous coupons en avant, au ciseau. En arrière, elle fait bloc avec la masse osseuse sous-jacente. Nous détachons assez péniblement cette arcade en arrière. Puis, au ciseau frappé, nous attaquons le bloc osseux qui représente le col de l'ancienne fracture. Un premier trait de section est pratiqué au ras de la base du crâne, un second à un centimètre plus bas, on ne retrouve rien rappelant le squelette normal de la région.

Par morcellement, nous enlevons la portion du bloc osseux situé entre les deux lignes précitées.

Le suintement sanguin est assez abondant, nous sommes grandement aidés par l'aspiration continue du sang, que nous utilisons avec grand avantage dans toutes les interventions osseuses et cavitaires.

Disons incidemment, que nous avons fait fixer le flacon où s'accumule le sang aspiré, sous la table même d'opération, ce qui l'empêche de constituer une gêne incessante.

Nous achevons donc la résection de la bande osseuse que nous avons attaquée ; son épaisseur était énorme.

A ce moment, nous constatons que la bouche s'ouvre à peine d'un 1/2 centimètre. Pourtant la mobilité est parfaite dans notre région opératoire ; l'angle de la mâchoire peut être élevé, abaissé, porté en avant ou en arrière sans que nous percevions de résistance : il y a évidemment une ankylose également du côté gauche.

Nous pratiquons l'interposition musculaire à droite, au moyen d'un lambeau à pédicule inférieur, taillé dans le bord postérieur du temporal ; nous rabattons ce lambeau en bas et nous l'engageons sans suture, dans la brèche de résection osseuse.

Nous suturons la peau par un surjet de soie sans drainage.

Nous hésitons un instant à attaquer immédiatement le côté oposé ; mais l'enfant a perdu 400 grammes de sang et dort depuis une heure : nous préférons remettre l'autre intervention à une séance ultérieure.

L'anesthésie a été très simple, et, malgré la constriction des mâchoires, n'a pas donné d'ennuis.

Les suites sont absolument normales, et la guérison se fait, par première intention.

Le 15 mars, nous intervenons sur le côté gauche. Anesthésie à l'éther. Nous exécutons exactement la même opération que précédemment. Nous tombons sur la région temporo-maxillaire et nous constatons que le condyle est lésé en avant ; nous le réséquons assez facilement ; mais l'intervention est rendue très pénible par l'anesthésie qui ne marche pas : l'enfant asphyxie à chaque instant, sans qu'il soit possible de tirer la langue ou d'essuyer la gorge. On est obligé, à plusieurs reprises, de pratiquer la respiration artificielle.

Notre résection effectuée, nous constatons que la bouche ne s'ouvre pas davantage, la résistance est l'apophyse coronoïde. Notre maître Nélaton qui nous faisait l'honneur d'assister à l'opération, engage alors un doigt entre la joue et les gencives, et accroche la branche montante qu'il nous refoule en arrière pendant que nous attaquons le coroné au ciseau. Celui-ci cède enfin et la bouche s'ouvre. Ce temps a été rendu laborieux, parce que nous ne voulions pas agrandir notre incision par un débridemnet antérieur, risquant d'intéresser le facial et que, dans ces conditions, malgré l'écarteur Farabœuf placé sur la lèvre antérieure de l'incision, nous attaquons ce coroné luxé et déplacé en avant, au fond d'un véritable tunnel : l'aspiration continue du sang nous a ici encore, rendu grand service.

Nous pratiquons l'interposition musculaire avec lambeau temporal comme précédemment. Mais en ramenant la peau,

nous ménageons le passage d'un drain, inquiets des fautes contre l'asepsie qui se produisent presque fatalement lorsqu'on est à chaque instant, interrompu par une mauvaise anesthésie.

Pourtant, nous n'eûmes pas de sérieux ennuis. La région opératoire rougit un peu et suinta pendant quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre, et l'enfant quitta l'hôpital au bout d'un mois.

Il habite la province. Il est passé à Paris, à l'occasion du 14 juillet et nous l'avons fait photographier quatre mois après la deuxième intervention, par conséquent.

Il ouvre la bouche largement et est enchanté. Il mastique sans difficulté, mais il a conservé sa déviation du menton.

OBSERVATION DE YAHOUB

Ankylose temporo-maxillaire bilatérale.

La malade de M. Yahoub fit à l'âge de quatorze ans, une chute dans un escalier et se heurta violemment le menton contre la bordure en bois de cet escalier, une petite plaie contuse se produisit à ce niveau.

Il n'y avait pas d'otorragie, ni hémorragie buccale. La plaie cicatrisa promptement et la malade ne pensait déjà plus à son accident quand survinrent des douleurs au niveau des articulations temporo-maxillaires qui amenèrent peu à peu une constriction complète. La malade habitait la Turquie et ne reçut aucun soin.

Quand, après deux ans, un médecin la vit, il conseilla une intervention. Enfin, après quatre ans d'infirmité, elle arriva

le 2 janvier 1909 à l'hôpital de Constantinople, avec une ankylose complète. L'exploration sous chloroforme montra que la résistance était irréductible par les moyens simples.

La radiographie indiqua une masse osseuse au niveau des articulations.

M. Yahoub opéra en deux temps, à 14 jours d'intervalle.

Une incision verticale de 5 à 6 centimètres, fut tracée à un centimètre en avant du tragus, commençant au-dessus du tubercule zygomatique et se terminant dans la région parotidienne. Les insertions du masséter furent détachées et ses fibres rejetées en bas avec les filets du facial et la glande parotide. On découvrit une masse osseuse dure, éburnée englobant l'articulation. Cette masse osseuse fut morcelée avec des pinces coupantes. Résection du condyle et le col ainsi que l'apophyse coronoïde.

La première intervention ne permit aucun écartement des mâchoires, mais immédiatement après la seconde, on put ouvrir la bouche largement. Au bout de peu de jours, la malade avait retrouvé la faculté d'écarter et de rapprocher les mâchoires, et de s'alimenter sans difficulté.

La constriction ne s'est pas reproduite et la malade continue à se nourrir aisément.

Toutefois, il n'y a pas concordance des arcades dentaires ; et à plusieurs reprises, il s'est produit un accident curieux, la mâchoire subit une sorte de luxation, caractérisée par l'impossibilité momentanée de fermer la bouche. La malade réduit facilement cette subluxation.

Le rôle du traumatisme dans le cas qui nous occupe, semble être nul ou secondaire ; car la malade a pu manger le jour même de sa chute comme à l'ordinaire, il n'y a eu ni vives douleurs, ni hémorragie buccale.

L'arrêt de développement du maxillaire était considérable, et ne manque jamais quand l'ankylose survient dans l'enfance et il est d'autant plus accusé que la lésion est plus ancienne.

BIBLIOGRAPHIE

Bérard. Dictionnaire en trente volumes, t. XVIII, page 440.

Bottini. Communication à l'Académie royale de Turin, 1872.

Broca. *Bulletin médical*, 1910.

Capony. Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, résection temporo-maxillaire, in-4°, Lyon, 1892.

Chavasse. Constriction absolue des mâchoires par double ankylose temporo-maxillaire, *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1896 (p. 815-818).

Deramé. *Thèse de Paris*, 1898.

Esmarck. Traduct. et *Arch. gén. méd.*, 1870.

Fondet. *Thèse de Lyon*, 1895.

Gluck, XXXI[e] Congr. chirurg., 1902.

Helferich, XXIII[e] Congr. chirurg., 1894.

Henle, in *Thèse lesser Tubingen*, 1898.

Humpry. *The Assoc. med. Journal*, 1856.

Kirstein. Observation.

Kummer de Genève (*Bull. Soc. Chir.*, 1892).

LENTZ. Congrès fr. de chirurgie, 1895.

MICKULICZ, in *Thèse Lesser Tubingen*, 1898.

OMBRÉDANE. Observ. Société de chirurgie, 1910.

ORLOW. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1903.

RANKE. Congrès de chirurgie allem., 1885.

RICHET. *Thèse d'agrégation*, 1850, p. 87.

RIZZOLI. *Bull. della S. med. ch. di Bologna*, 1858.

ROCHET. *Arch. prov. de chirurg.*, 1906.

YAHOUB. Observation, *Bull. Société de chirurgie*, 1910.

VERNEUIL. *Gaz. hebd de méd. et chirurg.*, 1863 et *Arch. gén. de médec.*, 1870.

ZIPFEL. De l'ankylose osseuse de l'arc temporo-maxillaire. *Thèse Paris*, 1866.

Vu : *Le Président de la thèse*,
RECLUS.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — Etiologie des différentes ankyloses de la mâchoire 15

Symptômes 19

Diagnostic 21

Les cas difficiles 25

CHAPITRE II. — Traitement 26

Soins consécutifs 38

CONCLUSIONS 40

OBSERVATIONS

de MM. Gernez et Douay 43

de M. Ombrédanne 47

de Yahoub 51

BIBLIOGRAPHIE 53

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. *Téléphone* 704-19.